



CERTIFICAT MÉDICAL

Le jour de l'épreuve le certificat médical doit être daté de moins d'un an.

Je soussigné, Docteur :
Adresse du cabinet :
Code Postal : Ville :

Certifie avoir examiné ce jour :

Mr / Mme :
Né(e) le :/...../.....
Demeurant à :
Code Postal : Ville :

Et n'avoir constaté en ce jour, aucune contre-indication médicale à la pratique de **Course à pied** ou d'**Athlétisme EN COMPÉTITION**, pour une durée de 1 an.

Je l'informe de l'intérêt de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

Fait à, le/...../.....

Cachet et Signature du médecin obligatoire

Certificat médical : pris en application des **articles L.231-2 et L.231-2-2 du Code du Sport**.
Ce certificat est valable pendant une durée d'un an et doit être établi complètement par le médecin du sportif et suivant la réglementation en vigueur.